

# CUESTIONARIO DE ADULTOS (16 Y MÁS AÑOS)

Las preguntas que siguen se refieren a lo que Vd. piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor, conteste lo que le parezca más cierto

**P.7. En general, usted diría que su salud es ... (una sola respuesta)**

- Excelente ..... 1
- Muy buena ..... 2
- Buena ..... 3
- Regular ..... 4
- Mala ..... 5
- No sabe/no está seguro ..... 998
- Se negó ..... 999

**P.7b. Y, en general, usted diría que su salud mental es...**

- Excelente ..... 1
- Muy buena ..... 2
- Buena ..... 3
- Regular ..... 4
- Mala ..... 5
- No sabe/no está seguro ..... 998
- Se negó ..... 999

**P.8. Las siguientes preguntas se refieren a sus actividades o cosas que usted podría hacer un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas?. En caso afirmativo, ¿cuánto?**

	Sí, me limita <b>MUCHO</b>	Sí, me limita <b>UN POCO</b>	No, no me limita <b>NADA</b>
▪ Esfuerzos moderados como mover una mesa, pasa la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora .....	1	2	3
▪ Subir varios pisos por la escalera .....	1	2	3

**P.9. Durante las últimas 4 semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas a causa de su salud física?**

	<b>Sí</b>	<b>No</b>
▪ ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer? .....	1	2
▪ ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas? .	1	2

**P.10. Durante las últimas 4 semanas ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?**

	<b>Sí</b>	<b>No</b>
▪ ¿Hizo menos de lo que hubiera querido por algún problema emocional? .....	1	2
▪ ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre por algún problema emocional? .....	1	2

**P.11. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?**

- Nada ..... 1
- Un poco ..... 2
- Regular ..... 3
- Bastante ..... 4
- Mucho ..... 5

## CUESTIONARIO VI EAS DE MAYORES DE 16 AÑOS

**P.12.** Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ...

	Siempre	Casi Siempre	Muchas Veces	Algunas Veces	Sólo alguna vez	Nunca
▪ Se sintió calmado y tranquilo? .....	1	2	3	4	5	6
▪ Tuvo mucha energía? .....	1	2	3	4	5	6
▪ Se sintió desanimado y triste? .....	1	2	3	4	5	6

**P.13.** Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- Siempre ..... 1
- Casi siempre ..... 2
- Algunas veces ..... 3
- Sólo alguna vez ..... 4
- Nunca ..... 5

**P.13.A.** ¿Cuántos días al mes sufre dolor de cabeza?

- Ningún día o menos de un día al mes. .... 1
- De 1 a 7 días al mes. .... 2
- De 8 a 14 días al mes. .... 3
- 15 ó más días al mes ..... 4 → Preguntar P.13.A\_1.
- Ns ..... 998
- Nc ..... 999

**P.13.A\_1.** ¿Le ocurre esto desde hace más de 3 meses?

- Sí ..... 1
- No ..... 0
- Ns ..... 998
- Nc ..... 999

**CUESTIONARIO VI EAS DE MAYORES DE 16 AÑOS**

**P.14. A continuación le voy a leer una serie de enfermedades crónicas. ¿Le ha dicho un/a profesional de la salud (médico/a, enfermero/a) que usted padece actualmente alguna de ellas? Si responde “SI” hacer P.14b:**

**P.14b. ¿Esa condición le limita alguna de sus actividades?**

ENFERMEDAD CRÓNICA	P.14			P.14b	
	¿Le ha dicho un/a profesional de la salud si tiene esta condición? (si es <del>No</del> , saltar a la siguiente)			¿Esa condición le limita alguna de sus actividades?	
	Sí	No	No lo sabe	Sí	No
1. Cáncer (tumor maligno, incluido leucemia, linfoma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Diabetes/azúcar alta en sangre/azúcar en orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hipertensión/presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Enfermedad crónica del pulmón / enfisema / bronquitis crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Trastornos cardíacos/insuficiencia cardíaca /insuficiencia cardíaca congestiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Angina/dolor de pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Dolor de espalda, cuello, hombro, cintura (cervical/lumbar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Fibromialgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Alergias crónicas (como rinitis, inflamación de ojos, dermatitis, alergia a los alimentos, etc ), asma alérgica excluida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Anemia u otra enfermedad de la sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Mala circulación de la sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Varices en las piernas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Migrañas/Jaquecas/ Cefaleas crónicas / dolor de cabeza frecuente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Otro dolor crónico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Accidente cerebrovascular/hemorragia cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Trastornos depresivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Trastornos de ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Hipoacusia / problemas de audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Cataratas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Artritis o reumatismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. (SÓLO HOMBRES) Trastornos de próstata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. (SÓLO MUJERES) Dolor menstrual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Alteraciones de tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Otra/s enfermedad/es crónica/s	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**ACCIDENTES**

**P.15. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido usted algún accidente que le haya causado heridas o lesiones suficientes para limitar su actividad normal y/o para necesitar asistencia sanitaria?**

Sí ..... 1 → ¿Cuántos accidentes? ..... 
  
 No ..... 2 ⇨ **Pasar a P.16**

**P.15a. ¿Y en los últimos tres meses?**

Sí ..... 1 → ¿Cuántos accidentes? ..... 
  
 No ..... 2

**P.15b. Refiriéndonos en concreto al ÚLTIMO ACCIDENTE, ¿dónde tuvo LUGAR?**

- En su casa .....1
- En su centro de formación .....2
- En su centro de trabajo .....3
- En un lugar de recreo, deporte .....4
- En una vía pública, calle, edificio público, edificio comercial, etc. Que no sea accidente de tráfico .....5
- En la vía pública; accidente de tráfico como conductor/a .....6
- En la vía pública: accidente de tráfico como pasajero/a .....7
- En la vía pública: accidente de tráfico como peatón/a .....8
- En otro lugar, especificar .....9

**P.15c. ¿Cuál es la PRINCIPAL LESIÓN O DAÑO que le produjo este accidente?**

- Envenenamiento o Intoxicación (no alimentarias) . 1
- Intoxicación alimentaria ..... 2
- Quemaduras ..... 3
- Fracturas ..... 4
- Contusiones, hematomas, esguinces, luxaciones . 5
- Heridas profundas ..... 6
- Otros daños ..... 7
- NC ..... 999

**P.15d. Como consecuencia de este último accidente, ¿TUVO QUE ... ?**

- Ser ingresado en un hospital o clínica ..... 1
- Acudir a un servicio de urgencias de un hospital o clínica ..... 2
- Consultar a un médico/a o enfermera/o (fuera de un hospital o clínica) ..... 3
- No fue necesaria ninguna atención sanitaria ..... 4
- N/C ..... 9

(MAYORES DE 65 AÑOS)

**P.15e. ¿Ha sufrido alguna caída en el último año que haya precisado atención sanitaria?**

- Sí, una vez ..... 1
- Sí, dos o más veces .... 2
- No ..... 0 ⇨ Pasar P.16
- NC ..... 999

**A TODOS/AS. CONSUMO DE MEDICAMENTOS Y UTILIZACIÓN DE SERVICIOS**

**P.16. Y en las últimas 2 semanas, ¿ha utilizado algún tipo de medicamento (gotas, pastillas, inyecciones, supositorios, etc.)?**

- Sí 1
- No 0 ⇨ Pasar P.17
- NC 999 ⇨ Pasar P.17

**P.16a. ¿Qué tipo de medicamento? (entrevistador/a: Mostrar TARJETA B y anotar todos los que cite)**

	P16a CONSUMIDO	
	Sí	No
1. Medicinas para el catarro, gripe, garganta, bronquios.....	1	0
2. Medicinas para el dolor .....	1	0
3. Medicinas para para bajar la fiebre .....	1	0
4. Reconstituyentes como vitaminas, minerales, tónicos .....	1	0
5. Antibióticos .....	1	0
6. Tranquilizantes, sedantes .....	1	0
7. Pastillas para dormir .....	1	0
8. Medicamentos antidepresivos .....	1	0
9. Medicamentos para la alergia .....	1	0
10. Medicinas para el reuma .....	1	0
11. Medicinas para el corazón .....	1	0
12. Medicinas para la tensión arterial .....	1	0
13. Medicamentos para la diabetes .....	1	0
14. Medicinas para alteraciones digestivas .....	1	0
15. Medicamentos para bajar el colesterol .....	1	0
16. Medicamentos para alteraciones del tiroides	1	0
17. Hormonas para la menopausia (sólo a mujeres).....	1	0
18. Anticonceptivos (sólo a mujeres) .....	1	0
19. Otros medicamentos .....	1	0

**A TODOS/AS**

**P.17.** Durante los últimos doce meses, hasta el día de ayer, ¿ha acudido a algún Centro de Salud (Consultorio) o Ambulatorio (Centro de Especialidades) de la Seguridad Social/SAS (Servicio Andaluz de Salud) por algo que le pasaba a USTED o acompañando a otra persona?

- Sí, por algo que le pasaba a usted ..... 1
- Sí, por algo que le pasaba a otra persona (familiar, conocido, etc.)..... 2
- Sí, por ambos motivos ..... 3
- No, no he acudido en los últimos doce meses pero sí anteriormente ..... 4
- No, nunca he ido a un Centro de Salud o Ambulatorio de la S. Social/SAS ..... 5
- **NC** ..... **999**

**P.17a.** Y, ¿ha CONSULTADO CON ALGÚN MÉDICO (público o privado) por algún problema, molestia o enfermedad suya EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS? Nos referimos a una verdadera consulta, no a una petición de hora o cita ni a la realización de una radiografía o análisis

- Sí ..... 1 ⇒ Pasar P.17b
- No ..... 2 ⇒ Pasar P.18
- **NC** ..... **999** ⇒ Pasar P.18

**P.17b.** ¿Cuántas veces ha consultado al médico en las 2 últimas semanas?

Veces      NS/NC .... 998/999

**P.17c.** Y refiriéndonos a la última consulta realizada dentro de las dos últimas semanas, ¿dónde tuvo lugar la consulta que hizo usted al médico? (conteste en relación con la última consulta)

- Centro de Salud/Consultorio ..... 1
- Ambulatorio/Centro de Especialidades ..... 2
- Consulta externa de un Hospital ..... 3
- Servicio de Urgencia de un Ambulatorio ..... 4
- Servicio de Urgencia de un Hospital ..... 5
- Consulta del médico particular ..... 6
- Consulta del médico de una sociedad ..... 7
- Empresa o lugar de trabajo ..... 8
- En el domicilio de usted ..... 9
- Consulta telefónica ..... 10
- Organizaciones no gubernamentales (ONG,s) ... 11
- Otros lugares ..... 12
- **NS/NC** ..... **998/999**

**P.17d.** ¿Cuál fue el motivo principal de la última consulta o visita?

- Diagnóstico y tratamiento ..... 1
- Revisión ..... 2
- Planificación familiar ..... 3
- Control de embarazo ..... 4
- Rehabilitación ..... 5
- Orientación y consejo, problemas familiares y/o sociales ..... 6
- Expedición de recetas ..... 7
- Emisión de partes de bajas, confirmación o alta ..... 8
- Otras ..... 98
- **NS/NC** ..... **998/999**

**P.17e.** El médico que consultó o visitó era (una sola respuesta)

- Médico/a general ..... 1
- **Otro/as** ..... 2

**P.17f.** ¿Cuánto tiempo tuvo que esperar entre la solicitud de la consulta al centro sanitario y su celebración? (Entrevistador/a: si le dicen "en el mismo día" escriba "0" en el espacio días)

meses        días

- **NS/NC** ..... **998/999**

**P.17g.** El médico al que acudió en esta última consulta realizada era ...

- De la Seguridad Social/S.A.S. (Servicio Andaluz de Salud) ..... 1
- De una sociedad Médica (p.ej: Sanitas, Adeslas, Asisa) ..... 2
- Médico privado/particular ..... 3
- Mutua de su empresa o médico de su empresa . 4
- Otros ..... 5
- **NS/NC** ..... **998/999**

**A TODOS/AS**

**P.18** Durante los últimos 12 meses, es decir, desde (fecha de hace un año) ¿ha visitado para usted mismo/a un...?

	Si	No	No sabe	NC
• Laboratorio de análisis	1	0	998	999
• Centro o servicio de radiología	1	0	998	999
• Fisioterapeuta	1	0	998	999
• Enfermero/a, matrón/a (excluyendo las hospitalizaciones, atención domiciliaria, o en un laboratorio médico o centro de radiología)	1	0	998	999
• Psicólogo/a o psicoterapeuta	1	0	998	999
• Podólogo/a	1	0	998	999

**P.19.** Y hablando de otro tipo de problemas, durante los últimos 6 meses, ¿ha ido usted al/la dentista, para examen, consejo o tratamiento de problemas de su dentadura o boca?

- Sí ..... 1
- No en los últimos 6 meses 2 ⇒ Pasar P.19c
- No, nunca ha ido al/la dentista ⇒ Pasar P.19c
- No recuerda/No sabe.. 998 ⇒ Pasar P.19c
- No contesta ..... 999 ⇒ Pasar P.19c

**P.19a** ¿Cuántas veces?

Veces ⇒ Pasar P.19c

- **NS/NC** ..... **998/999**

**P.19c.** ¿La última vez que acudió al dentista lo hizo por alguno/s de los motivos siguientes?

	Sí	No	NC
▪ Revisión o chequeo	1	0	999
▪ Limpieza de boca	1	0	999
▪ Empastes (obturaciones)	1	0	999
▪ Extracción de algún diente o muela	1	0	999
▪ Poner fundas, puentes u otro tipo de prótesis	1	0	999
▪ Tratamiento de las enfermedades de las encías	1	0	999
▪ Ortodoncia	1	0	999
▪ Selladores, aplicación de flúor ...	1	0	999
▪ <b>Dolor de la mandíbula</b>	1	0	999
▪ <b>Implantes</b>	1	0	999

**CUESTIONARIO VI EAS DE MAYORES DE 16 AÑOS**

**P.19d. El dentista al que consultó esta última vez era**

- De la Seguridad Social/S.A.S. (Servicio Andaluz de Salud) ..... 1
- De una sociedad Médica (p.ej: Sanitas, Adeslas, Asisa) ..... 2
- Dentista privado/particular ..... 3
- Otros especificar ..... 4
- **NS/NC .....998/999**

**P.19e. Pasando a otro tema ¿cuántas veces al día se cepilla los dientes habitualmente?**

- **Nunca** ..... 1
- **Ocasionalmente, no todos los días** ..... 2
- Una vez al día ..... 3
- Dos veces al día ..... 4
- Tres o mas veces al día ..... 5
- No sabe ..... **998**
- No contesta ..... **999**

**A TODOS/AS**

**P.20. Durante los últimos doce meses, hasta el día de ayer, ¿ha estado usted ingresado/a en un hospital, al menos durante una noche?**

- Sí ..... 1
- No ..... 2 ⇒ *Pasar P.21*
- **NC** ..... **999** ⇒ *Pasar P.21*

**P.20a. ¿Cuántas veces ha estado usted hospitalizado en estos últimos doce meses?**

Veces      NS/NC ..... **998/999**

**P.20b. ¿Estuvo usted en la lista de espera por ese motivo?**

- Sí ..... 1
- No ..... 2 ⇒ *Pasar P.21*
- **NC** ..... **999** ⇒ *Pasar P.21*

**P.20c. ¿Cuánto tiempo en meses? (si menos de un mes contabilizar como “cero” meses)**

Meses      NS/NC ..... **998/999**

**P.20d. Respecto al último ingreso ¿Estuvo usted acompañado/a (por algún/a familiar o amigo/a, pareja)? (multirrespuesta)**

	Sí, todo o casi todo el tiempo	Sí, en algún momento	No	NC
▪ <b>Por un hombre</b>	1	2	3	999
▪ <b>Por una mujer</b>	1	2	3	999

**A TODOS/AS**

**P.21. En estos últimos doce meses, ¿ha tenido usted que utilizar algún servicio de urgencias por algún problema o enfermedad propia, no de otro familiar?**

- Sí, acudí a un centro o servicio ..... 1
- Sí, acudieron a mi domicilio ..... 2
- No ..... 3 ⇒ *P.21d*
- **NS/NC** ..... **998/999** ⇒ *P.21d*

**P.21a. Y en total, ¿cuántas veces tuvo usted que utilizar algún servicio de urgencias en estos últimos 12 meses?**

Veces      **NS/NC ...998/999**

**P.21b. Refiriéndonos a la última vez que utilizó un servicio de urgencias en estos doce últimos meses, ¿dígame si dicho servicio de urgencias pertenecía a...?**

- Un hospital de la Seguridad Social/S.A.S. (Servicio Andaluz de Salud) ..... 1 → *P.21c*
- Un servicio de urgencias no hospitalario de la S.S./S.A.S. .... 2 } *P.21d*
- Un servicio privado urgencia ..... 3
- Un sanatorio, hospital o clínica privada .... 4
- Otras respuestas ..... 5
- **NS/NC** ..... **998/999**

**P.21c. ¿Por qué fue usted a un servicio de urgencias de un hospital de la Seguridad Social?**

- Se lo mandó el médico ..... 1
- Usted, sus familiares lo consideraron necesario .... 2
- **NS/NC** ..... **998/999**

**P.21d. En los últimos 12 meses ¿ha necesitado alguno de los siguientes tipos de atención sanitaria y no la pudo recibir?**

Tipo de atención sanitaria	No lo pudo recibir por motivos económicos	No lo pudo recibir por otros motivos	Sí lo pudo recibir	No lo he necesitado	No sabe	No contesta
1. Atención médica	1	2	3	4	998	999
2. Atención dental	1	2	3	4	998	999
3. Algún medicamento que le habían recetado	1	2	3	4	998	999
4. Atención de salud mental (consulta al psicólogo/a)	1	2	3	4	998	999
5. Atención de salud mental (consulta al psiquiatra)	1	2	3	4	998	999
6. Atención fisioterapéutica	1	2	3	4	998	999

# CUESTIONARIO VI EAS DE MAYORES DE 16 AÑOS

## A TODOS/AS

**P.22. ¿Podría decirme ahora, si es usted titular y/o beneficiario/a de alguna/s de las modalidades de Seguro Sanitario (Público y/o Privado) que le cito a continuación? (máximo 2 respuestas)**

- Seguridad social ..... 1
- Mutualidades del Estado (Muface, Isfas, etc.):
  - Acogidos a la Seguridad Social ..... 2
  - Acogidos a un seguro privado ..... 3
- Seguro Médico concertado individualmente (Sanitas, colegios profesionales, etc.) ..... 4
- Seguro Médico concertado por su empresa ..... 5
- No tengo seguro médico ..... 6
- Otros ..... 7
- NS/NC ..... 998/999

## TABACO

**P.23. Cambiando de tema, ¿podría usted decirme si fuma? En caso de que fume o haya fumado, ¿a qué edad empezó a fumar?**

	Tabaco
• Sí, fuma diariamente	1
• Sí, fuma pero no diariamente	2
• No fuma, pero ha fumado	3
• No fuma ni ha fumado nunca de manera habitual	4
• No contesta	999

**P25d**

Edad de inicio tabaco:  años **NC...999**

**FUMADORES: (Hacer P.24a y siguientes sólo a fumadores, dígito 1 y 2 en P.23). Resto, pasar a P.25**

**P.24a. ¿Qué cantidad de tabaco usted por término medio al día?**

cigarrillos     pipas     puros

**P.24d. ¿Ha intentado alguna vez dejar de fumar?**

- Sí ..... 1
- No ..... 2 ⇒ P.24f
- NC ..... 3 ⇒ P.24f

¿Cuántas veces?

**EXFUMADORES: (Hacer P.25 hasta P.25c sólo a los exfumadores, dígito 3 en P.23). Resto, pasar a P.25d**

**P.25. ¿Cuánto tiempo hace que dejó de fumar tabaco?**

meses     años    **NS/NC...998/999**

**P.25b. ¿Qué cantidad de tabaco fumaba por término medio al día?**

cigarrillos     puros     pipas

**P.25c. ¿Cómo dejó de fumar?**

	Sí	No
1. Con ayuda del Centro de Salud (me recetaron parches, pastillas, etc.)	1	0
2. Con ayuda del Centro de Salud (acudí a cursos, charlas, etc..)	1	0
3. Con ayuda del servicio médico de empresa	1	0
4. Con ayuda de otros profesionales (acupuntores, homeópatas, ...)	1	0
5. Por mi cuenta, sin ninguna ayuda especial	1	0
6. Por mi cuenta, con chicles, con parches de nicotina u otros productos farmacéuticos	1	0
7. De otra manera	1	0

**Las siguientes preguntas se refieren al consumo de cigarrillos electrónicos**

## (A TODOS/AS)

**P.25d. ¿Cuál de las siguientes formas describe mejor su consumo de tabaco no tradicional, denominado ahora electrónico (se incluyen pipas de agua, cachimbas, vapeadores, cigarrillos electrónicos)**

- No he fumado nunca ..... 1 (P26)
- Fumo menos de una vez a la semana ..... 2
- Fumo alguna vez a la semana, pero no diariamente.... 3
- Fumo diariamente..... 4
- No fumo, pero he fumado antes diariamente ..... 5
- No fumo, aunque he fumado antes pero no diariamente 6

**P.25f. ¿Utiliza los cigarrillos electrónicos (vapear) como sustituto del tabaco, para reducir su consumo, para dejar de fumar o por probar?**

- Como sustituto del tabaco ..... 1
- Para dejar de fumar ..... 2
- Para reducir el consumo del tabaco tradicional ... 3
- Por probar..... 4
- Otros (especificar) .....

## A TODOS/AS

**P.26. ¿Algún miembro de su familia fuma habitualmente en su casa?**

- Sí ..... 1
- No ..... 2
- No procede (vive sola/o) ..... 3
- NC ..... 999

**P.27. Fuera de casa, o del trabajo ¿cuánto tiempo al día, de media, pasa en ambientes cargados de humo de tabaco durante los días de diario? ¿y durante los fines de semana?**

	Nunca	Menos de una hora	De 1 a 4 horas	Más de 4 horas	NS/NC
▪ Días de diario (de lunes a viernes)	1	2	3	4	998/999
▪ Fin de semana (sábado y domingo)	1	2	3	4	998/999

**CUESTIONARIO VI EAS DE MAYORES DE 16 AÑOS**

**A TODOS/AS: CONSUMO DE ALCOHOL**

**P.29. Ahora quisiera hacerle unas preguntas respecto al consumo de bebidas alcohólicas, es decir, cualquier tipo de bebida que contenga alcohol, independiente de su graduación. ¿Consume Vd. algún tipo de bebida alcohólica con una frecuencia de al menos una vez al mes?**

- Sí, a diario, varias veces al día ..... 1
- Sí, a diario, una vez al día ..... 2
- Sí, 5 ó 6 días por semana ..... 3
- Sí, 3 ó 4 días por semana ..... 4
- Sí, 1 ó 2 días por semana ..... 5
- Sí, alguna vez al mes (de 1 a 3 veces / mes)..... 7
- No, consumo menos de una vez al mes (alguna vez al año)..... 8
- No, consumo menos de una vez al mes, pero sí he consumido antes más de una vez al mes... 9
- No, nunca he consumido bebidas alcohólicas o solo unos sorbos para probar..... 10
- No sabe ..... 998
- No contesta ..... 999

**[SOLO PARA LOS CONTESTARON SÍ]**

**P.29a. ¿Ha bebido usted en estas dos últimas semanas alguna bebida alcohólica?**

- Sí, diariamente ..... 1
- Sí, pero no diariamente.. 2
- No ..... 3→P33
- NS/NC ..... 998/999

**P.31a. ¿Qué edad tenía cuando comenzó a tomar bebidas alcohólicas de forma regular?**  
(Entrevistador/a: no se refiere a cuando dio un sorbo o probó una determinada bebida, sino a cuando bebió por sí solo)

    |    |    | años NS/NC ... 998/999

**P.32. ¿Ha pensando alguna vez que debería beber menos?**

- Sí ..... 1
- No ..... 2
- NS/NC ..... 998/999

**P.32a. ¿Le ha molestado que la gente le haya criticado su forma de beber?**

- Sí ..... 1
- No ..... 2
- NS/NC ..... 998/999

**P.32b. ¿Se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?**

- Sí ..... 1
- No ..... 2
- NS/NC ..... 998/999

**P.32c. ¿Ha bebido alguna vez a primera hora de la mañana para calmar los nervios o para evitar la resaca?**

- Sí ..... 1
- No ..... 2
- NS/NC ..... 998/999

**P.32d. Durante los últimos 12 meses ¿con qué frecuencia ha tomado (hombre/mujer, respectivamente) (5/4 para mayores de 65 años) o más bebidas estándar en una misma ocasión? (Por "ocasión" entendemos tomar las bebidas en un intervalo aproximado de cuatro a seis horas)."**

- A diario o casi a diario ..... 1
  - De 5 a 6 días por semana ..... 2
  - De 3 a 4 días por semana ..... 3
  - De 1 a 2 días por semana ..... 4
  - De 2 a 3 días en un mes ..... 5
  - Una vez al mes ..... 6
- } P32e

- Menos de una vez al mes ..... 7
- No en los últimos 12 meses ..... 8
- Nunca en toda mi vida ..... 9
- No sabe ..... 998
- No contesta ..... 999

**P.32e. ¿Dónde suele realizar este consumo de alcohol?**

- Bares, pub, restaurantes ..... 1
- En casa ..... 2
- En casa de amigos, familiares ..... 3
- En la calle ..... 4
- Conciertos, eventos deportivos, etc... 5
- NS ..... 998
- NC ..... 999

**A TODOS/AS:  
SUEÑO y EJERCICIO FÍSICO**

**P.33. ¿Podría indicarme, aproximadamente, cuántas horas al día duerme habitualmente?**

    |    |    | Horas entre semana

NS/NC    |    |    | Horas fines de semana/festivos  
.....998/999

**P.33a Las horas que duerme, ¿le permiten descansar lo suficiente?**

- Sí ..... 1
- No ..... 2
- NS ..... 998
- NC ..... 999

**P.33.1 ¿Podría indicarme, aproximadamente, cuánto tiempo duerme de siesta habitualmente?**

    |    |    | Horas      |    |    | minutos

- No duermo siesta ..... 98
- NS/NC ..... 998/999



**P.33b En relación a sus horas de sueño.....**  
(Entrevistador: cuidado puede que no duerma de noche)

	Nunca	Ocasionalmente (alguna vez al mes)	A menudo (alguna vez a la semana)	Diariamente o casi diariamente	Ns/Nc
1. ¿Tiene dificultades para dormirse (por la noche)?	1	2	3	4	998/999
2. ¿Se despierta durante la noche, y tiene dificultad en volver a dormirse?	1	2	3	4	998/999
3. ¿Se despierta demasiado temprano/pronto (de forma involuntaria)?	1	2	3	4	998/999
4. ¿Se siente cansado/a cuando despierta (por la mañana)?	1	2	3	4	998/999
5. ¿Tomas algún remedio para dormir (no medicamentos)?	1	2	3	4	998/999

**P.34. Ahora nos gustaría que nos dijera qué tipo de ejercicio físico implica su trabajo o actividad habitual. De las siguientes, ¿cuál diría usted que describe mejor su actividad principal?**

- Sentado/a la mayor parte de la jornada ..... 1
- De pie la mayor parte sin grandes desplazamientos o esfuerzos ..... 2
- Caminando, llevando algún peso, desplazamientos frecuentes ..... 3
- Trabajo pesado, tareas que requieren gran esfuerzo físico ..... 4
- NS/NC ..... **998/999**

**P.34a. ¿Qué tipo de ejercicio físico hace en su tiempo libre?. Dígame cuál de estas posibilidades describe mejor la mayor parte de su actividad en su tiempo libre**

- No hago ejercicio, no tengo tiempo libre ..... 0
- No hago ejercicio. Mi tiempo libre lo ocupo casi completamente sedentario (leer, TV., cine, etc.) ... 1
- Alguna actividad física o deportiva ocasional (caminar, pasear en bici, jardinería, gimnasia suave, etc.) ..... 2
- Actividad física regular, varias veces al mes (tenis, gimnasia, correr, natación, ciclismo, etc.) .. 3
- Entrenamiento físico varias veces a la semana (incluye actividad física varias veces a la semana) ..... 4
- NS/NC ..... **998/999**

**P.34b. ¿Cuántos días a la semana practica normalmente durante más de 30 minutos .....? (incluyendo desplazamientos al trabajo o actividades similares)**  
**Nº de días/sem**

- Caminar ..... 1
- Una actividad física ligera como gimnasia suave, juegos que requieren poco esfuerzo y similares ..... 2
- Una actividad física moderada como montar en bicicleta, gimnasia, aeróbic, correr, natación **y similares** ..... 3
- Entrenamiento físico deportivo como fútbol, baloncesto, ciclismo, natación de competición, judo, kárate o similares ..... 4

Considerando la actividad física total que realiza (en la ocupación habitual, tiempo libre o desplazamientos), vamos a diferenciar lo que entendemos por actividad física moderada y actividad física vigorosa.

**P.34c. En una semana normal, ¿realiza usted actividad física moderada con una duración de al menos 10 minutos seguidos cada vez? (ENTREVISTADORA: Actividad física moderada: por ejemplo caminar a paso vivo o llevar cargas ligeras, es la que exige un esfuerzo físico moderado que aumenta poco la frecuencia respiratoria o cardíaca, a diferencia de la AF vigorosa)**

- Si ..... 1
- No ..... 2

P.34c1. Nº de días/sem

P.34c2. Nº de veces/día

P.34c3. Duración media cada vez en minutos

**P.34d. En una semana normal, ¿realiza actividad física intensa o vigorosa? (ENTREVISTADORA: Actividad física intensa: por ejemplo correr, jugar al fútbol, levantar pesos, cavar, trabajos construcción, implica una aceleración importante de la respiración o de la frecuencia cardíaca)**

- Si ..... 1
- No ..... 2

P.34d1. Nº de días/sem.

P.34d2. Nº de veces/día

P.34d3. Duración media cada vez en minutos

**P.34f1.**

Piense ahora en el tiempo que usted dedicó a caminar en los últimos 7 días. Esto incluye caminar en el trabajo o en la casa, para trasladarse de un lugar a otro, o cualquier otra caminata que usted podría hacer solamente para la recreación, el deporte, el ejercicio o el ocio.

**Durante los últimos 7 días, ¿En cuántos caminó por lo menos 10 minutos seguidos?**

Días por semana → P.34f2

Ninguna caminata ..... 9 → P.34g

P.34f2. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a caminar en uno de esos días?

/  Horas por día  /  minutos por día

No sabe/No está seguro ..... 99

## CUESTIONARIO VI EAS DE MAYORES DE 16 AÑOS

P.34g. La última pregunta es acerca del tiempo que pasó usted SENTADO durante los días hábiles de los últimos 7 días. Esto incluye el tiempo dedicado al trabajo, en la casa, en una clase, y durante el tiempo libre. Puede incluir el tiempo que pasó sentado ante un escritorio, visitando amigos, leyendo, viajando, o sentado o recostado mirando la televisión.

Durante los últimos 7 días ¿cuánto tiempo pasó SENTADO durante un día hábil?

\_\_\_\_/\_\_\_\_ Horas por día \_\_\_\_/\_\_\_\_ minutos por día

No sabe/No está seguro ..... 99

P.35. ¿Le ha aconsejado su médico/a que haga algún tipo de ejercicio físico?

- Sí, mi médico/a ..... 1
- Sí, otro/a profesional sanitario/a (p.ej. fisioterapeuta, psicólogo/a, farmacéutico/a, enfermero/a...) ..... 2
- Sí, otra persona ..... 3
- No ..... 4
- Ns/Nc ..... 998/999

### ALIMENTACIÓN

P.35a. En relación a sus hábitos alimentarios, ¿le ha aconsejado su médico/a que siga una alimentación saludable?

- Sí, mi médico/a ..... 1
- Sí, otro/a profesional sanitario/a (p.ej. fisioterapeuta, psicólogo/a, farmacéutico/a, enfermero/a...) ..... 2
- Sí, otra persona ..... 3
- No ..... 4
- Ns/Nc ..... 998/999

P.36a. ¿Qué cantidad de agua bebe al día?

- Menos de medio litro ..... 1
- De medio a 1 litro ..... 2
- De 1 litro a litro y medio ..... 3
- De 1 litro y medio a 2 litros ..... 4
- Más de 2 litros ..... 5
- No suelo beber agua ..... 0
- NC ..... 999

### CUESTIONARIO DE ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRANEA

P36b.1 ¿Usa usted el aceite de oliva como principal grasa para cocinar?

- Sí ..... 1
- No ..... 0
- NS/NC ..... 998/999

P.36b.2 ¿Cuánto aceite de oliva consume en total al día (incluyendo el usado para freír, el de las comidas fuera de casa, las ensaladas, etc.)?

- Cuatro o más cucharadas ..... 1
- Dos o tres cucharadas ..... 2
- Menos de dos cucharadas ..... 3
- NS/NC ..... 998/999

P.36b.3 ¿Cuántas raciones de verdura u hortalizas consume al día (las guarniciones o acompañamientos contabilizan como ½ ración)?

- Dos o más al día (al menos una de ellas en ensalada o crudas) ..... 1
- Diariamente, aunque menos de dos al día ..... 2
- No diariamente, pero tres o más por semana ..... 3
- Menos de tres veces por semana ..... 4
- NS/NC ..... 998/999

P.36.b4 ¿Cuántas piezas de fruta (incluyendo zumo natural) consume al día?

- Tres o más al día ..... 1
- Diariamente aunque menos de tres veces al día ..... 2
- No diariamente, pero tres o más veces por semana ..... 3
- Menos de tres veces por semana ..... 4
- NS/NC ..... 998/999

P.36.b5 ¿Cuántas raciones de carnes rojas, hamburguesas, salchichas o embutidos consume al día (una ración equivale a 100-150 gr)?

- Menos de una al día ..... 1
- Una o más de una ración ..... 2
- NS/NC ..... 998/999

P.36.b6 ¿Cuántas raciones de mantequilla, margarina o nata consume al día (una porción individual equivale a 12 gr)?

- Menos de una al día ..... 1
- Una o más al día ..... 2
- NS/NC ..... 998/999

P.36.b7 ¿Cuántas bebidas carbonatadas y/o azucaradas (refrescos, colas, tónicas, bitter) consume al día?

- Menos de una al día ..... 1
- Una o más de una al día ..... 2
- NS/NC ..... 998/999

P.36.b8 ¿Bebe vino? ¿Cuánto consume a la semana?

- Siete o más vasos a la semana ..... 1
- De tres a menos de 7 vasos a la semana ..... 2
- Menos de tres vasos a la semana ..... 3
- NS/NC ..... 998/999

P.36.b9 ¿Cuántas raciones de legumbres consume a la semana (una ración o plato equivale a 150 gr)?

- Tres o más por semana ..... 1
- Una o dos a la semana ..... 2
- Menos de una por semana ..... 3
- NS/NC ..... 998/999

**CUESTIONARIO VI EAS DE MAYORES DE 16 AÑOS**

**P.36.b10 ¿ Cuántas raciones de pescado o mariscos consume a la semana (un plato, pieza o ración equivale a 100-150 gr de pescado ó 4-5 piezas de marisco)?**

- Dos o más por semana..... 1
- Uno por semana ..... 2
- Menos de una por semana ..... 3
- NS/NC ..... 998/999

**P.36.b11 ¿Cuántas consume repostería comercial (no casera) como galletas, flanes, dulce o pasteles?**

- Tres o más a la semana..... 1
- Uno o dos a la semana ..... 2
- Menos de una a la semana ..... 3
- NS/NC ..... 998/999

**P.36.b12 ¿Cuántas veces consume frutos secos a la semana (una ración equivale a 30 gr)?**

- Tres o más a la semana ..... 1
- Una o dos por semana..... 2
- Menos de una a la semana ..... 3
- NS/NC ..... 998/999

**P.36.b13 ¿Consume preferentemente carne de pollo, pavo o conejo en vez de ternera, cerdo, hamburguesas o salchichas (carne de pollo: una pieza o ración equivale a 100-150 gr)?**

- Si..... 1
- No ..... 2
- NS/NC ..... 998/999

**P.36.b14 ¿Cuántas veces a la semana consume los vegetales cocinados, la pasta, el arroz u otros platos aderezados con una salsa de tomate, ajo, cebolla o puerro elaborada a fuego lento con aceite de oliva (sofrito)?**

- Dos o más por semana..... 1
- Una por semana ..... 2
- Menos de una por semana..... 3
- NS/NC ..... 998/999

**P.36b. Le voy a leer una serie de alimentos para que me diga con qué frecuencia los consume Ud. (MOSTRAR TARJETA C)**

	A diario	Tres o más veces a la semana	Una/dos veces a la semana	Menos de 1 vez semana	Nunca o casi nunca	N/C
• Leche y derivados (yogur, postres lácteos, queso, ...) .....	1	2	3	4	5	999
• Pan, cereales .....	1	2	3	4	5	999
• Pasta (fideos, macarrones, espaguetis, ...) arroz.....	1	2	3	4	5	999
• Patatas.....	1	2	3	4	5	999
• Huevos .....	1	2	3	4	5	999
• Comida rápida (pollo frito, bocadillos, pizzas, hamburguesas).....	1	2	3	4	5	9
• Patatas fritas y aperitivos salados	1	2	3	4	5	999
• Dulces (galletas, mermelada, chocolate, golosinas y caramelos) .....	1	2	3	4	5	999

**A TODOS/AS: PRÁCTICAS PREVENTIVAS**

*Las siguientes preguntas se refieren a prácticas preventivas en relación con la salud*

**P.37. Pasando a otro tema, querríamos saber si se ha vacunado de la gripe en la última campaña**

- Sí ..... 1 ⇨ **P.37a**
- No ..... 2 ⇨ **P.37b**
- NC ..... 999 ⇨ **P.38**

**P.37a. ¿Quién se lo indicó?**

- El médico/a, por mi edad ..... 1
- El médico/a, por mis enfermedades ..... 2
- Me ponen la vacuna en la empresa/ centro de estudio ..... 3
- Yo solicité la vacuna porque prefiero estar vacunado/a ..... 4
- El médico/a, por otras razones ..... 5
- Otros ..... 6
- NS/NC .....998/999

**P.37b. ¿Por qué motivo NO se vacunó de la gripe?**

- El/la médico/a me indicó que no hacía falta ..... 1
- Creo que aún no tengo necesidad de ponérmela 2
- Creo que las vacunas no son necesarias.....3
- Creo que las vacunas son peligrosas.....4
- Otros .....5
- NS/NC .....998/999

**CUESTIONARIO VI EAS DE MAYORES DE 16 AÑOS**

**P.37c. En general, su opinión sobre las vacunas....**

	Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	NS/NC
▪ Creo que es importante vacunar a las/los niños/as	1	2	3	4	5	998/999
▪ Creo que las vacunas son seguras	1	2	3	4	5	998/999
▪ Creo que las vacunas son efectivas	1	2	3	4	5	998/999

**A TODOS/AS**

**P.38. Ahora me gustaría preguntarle sobre la revisión de la tensión arterial, niveles de colesterol, y niveles de glucosa.**

	SI	NO	Ns/Nc
P.38.a ¿Le ha tomado la tensión alguna vez un/a profesional sanitario/a, excluyendo las tomas de tensión en farmacias?	1	2	998/999
P.38.b ¿le han medido alguna vez sus niveles de colesterol por prescripción médica, excluyendo las mediciones en farmacias?	1	2	998/999
P.38.c ¿le han medido alguna vez sus niveles de glucosa (azúcar) por prescripción médica, excluyendo las mediciones en farmacias?	1	2	998/999

**P.39. ¿Cuánto tiempo hace que le midieron por última vez .....? (Entrevistador/a: Preguntar por tensión arterial/niveles de colesterol/glucosa según las respuestas afirmativas en P.38)**

	P.39a Tensión arterial	P.39b Colesterol	P.39c Glucosa
▪ Menos de 3 meses.....	1	1	1
▪ 3 a 5 meses .....	2	2	2
▪ Entre seis meses y un año	3	3	3
▪ Entre uno y tres años .....	4	4	4
▪ Más de 3 años.....	5	5	5
▪ No sabe/No contesta .....	998/999	998/999	998/999

**P.39a. ¿Cuáles de los siguientes síntomas diría usted que son señales de que alguien podría estar teniendo un ataque al corazón? Voy a leerle una lista, por favor diga si o no a cada uno.**

	Si	No	No sabe	No contesta
▪ Dolor o malestar, mareado o a punto de desmayarse	1	2	998	999
▪ Sentirse débil mareado o a punto de desmayarse	1	2	998	999
▪ Dolor o malestar en el pecho	1	2	998	999
▪ Dolor o malestar en los brazos o el hombro	1	2	998	999
▪ Dificultad para respirar	1	2	998	999

**P39b. Si usted cree que alguien está sufriendo un ataque al corazón, ¿qué es lo MEJOR que se debe hacer inmediatamente?**

- Aconsejarles que conduzcan hasta el hospital 1
- Aconsejarles que llamen a su médico/a 2
- Que llamen a emergencias (061 o 112)..... 3
- Que llamen a la pareja o a un familiar ..... 4
- Otra 5
- No sabe 998
- No contesta 999

**P.40. En los últimos 12 meses, ¿diría usted que su estado de salud ha sido ...?**

- Muy bueno ..... 1
- Bueno ..... 2
- Regular ..... 3
- Malo ..... 4
- Muy malo ..... 5
- NS/NC ..... 998/999

**P.41a. ¿Usted o su pareja usan algún método anticonceptivo? (marque sólo una o el más usado)**

- No ..... 1 →P.41b
- Usa píldoras, anillo vaginal, parche, implante subcutáneo ..... 2
- Tiene DIU ..... 3
- Usa inyecciones ..... 4
- Usa preservativo o condón ..... 5→P.41aa
- Evita los días fértiles, uso método de ritmo de calendario ..... 6
- Usa diafragma, espuma o gel ..... 7
- Se practicó esterilización femenina (ligadura de trompas) ..... 8
- Se practicó esterilización masculina (vasectomía) ..... 9
- Realiza coito interrumpido ..... 10
- Píldora del día después/ Anticoncepción de urgencia ..... 11
- Otros, ..... 12

**P.41b. Si usted o su pareja no usan ningún método anticonceptivo, indique cuál es la principal razón para no usarlo (única respuesta)**

- No lo necesita porque no tiene relaciones sexuales 1
- No lo necesita porque no es posible la gestación (por edad, infértil, orientación sexual) 2
- Está embarazada (usted o su pareja) ..... 3
- Quiere quedar embarazada (usted o su pareja) 4
- Usted se opone al uso de anticonceptivos. 5
- Su pareja u otra persona se opone al uso de anticonceptivos. 6
- Por razones de salud (temor a efectos secundarios, le es incómodo, molesto) ..... 7
- No conoce los métodos anticonceptivos ..... 8
- Por su precio, no puede comprarlo ..... 9
- Otra, ..... 999

**CUESTIONARIO VI EAS DE MAYORES DE 16 AÑOS**

**P.41c. Usted o su pareja, ¿actualmente tienen o alguna vez han tenido dificultades para tener un embarazo?**

- Sí, en la actualidad llevamos intentando con relaciones sexuales frecuentes (al menos 2 días a la semana, en promedio durante ese año) ..... 1
- Sí, en la actualidad llevamos intentando, aunque sin relaciones sexuales frecuentes (menos de 2 días a la semana, en promedio durante ese año)..... 2
- Sí, ya lo intentamos anteriormente con relaciones sexuales frecuentes (al menos 2 días a la semana, en promedio durante ese año)..... 3
- Sí, ya lo intentamos anteriormente, aunque sin relaciones sexuales frecuentes (menos de 2 días a la semana, en promedio durante ese año)..... 4
- No ..... 5
- No contesta ..... 999

(si código: 1 a 4 en p41c)

**P.41c1. ¿Cuánto tiempo llevan intentando o han intentado conseguir un embarazo?**

años
  meses

- NS/NC ..... 998/999

**P.41d. (Si contesta 1 ó 2, entonces preguntar) Y, refiriéndonos a la última vez, finalmente ¿usted o su pareja se quedó embarazada?**

- Sí ..... 1
- No ..... 0
- No contesta ..... 999

**P.41e En el último año, ¿sus relaciones sexuales han sido satisfactorias para todas las partes, es decir, tanto para usted como para su/s pareja/s?**

Totalmente de acuerdo; Bastante de acuerdo; Ni de acuerdo ni en desacuerdo; Bastante en desacuerdo; Totalmente en desacuerdo.

**(ÚNICAMENTE MUJERES. RESTO, PASAR A P.44)**

**P.42 ¿Ha acudido alguna vez a un ginecólogo?**

- Sí ..... 1 ⇒ P.42a
- No ..... 0 ⇒ P.43
- NC ..... 999 ⇒ P.43

**P.42a ¿Cuándo ha efectuado la última visita a un ginecólogo por algún motivo distinto a los relacionados con un embarazo o parto?**

- Hace menos de 6 meses ..... 1
- Entre 6 meses y 1 año ..... 2
- Entre 1 y 3 años ..... 3
- Hace 3 o más años ..... 4
- Nunca ha ido por motivos diferentes al embarazo o parto ..... 9 ⇒ P.43
- No contesta ..... 999

**P.42b ¿Podría decirme el motivo de la última consulta (que no sea embarazo/parto)?**

- Por algún problema ginecológico ..... 1
- Para realizar orientación/planificación familiar ..... 2
- Para revisiones periódicas ..... 3
- Para realizar detección de cáncer de mama ..... 4
- Para realizar detección precoz de cáncer de útero ..... 5
- Otro motivo ..... 6
- NS/NC ..... 998/999

**P.42c. ¿Dónde tuvo lugar esta última consulta?**

- Servicio sanitario público ..... 1
- Servicio sanitario privado ..... 2
- No sabe/No contesta ..... 998/999

**P.43. ¿Le han hecho alguna vez una mamografía (radiografía de mama) por prescripción de algún especialista?**

- Sí ..... 1 → P43a
- No ..... 0 ⇒ P.43c
- NC ..... 999 ⇒ P.43c

**P.43a. ¿Cuándo le han hecho la última mamografía?**

- Hace menos de 6 meses ..... 1
- Entre 6 meses y 1 año ..... 2
- Entre 1 y 3 años ..... 3
- Hace 3 o más años ..... 4
- NS/NC ..... 998/999

**P.43b. ¿Dónde le hicieron la última mamografía?**

- Servicio sanitario público ..... 1
- Servicio sanitario privado ..... 2
- No sabe/No contesta ..... 998/999

**P.43c. ¿Le han hecho alguna vez una citología vaginal (muestra de células) por prescripción de algún especialista?**

- Sí ..... 1 → P43d
- No ..... 0 ⇒ P.44
- NC ..... 999 ⇒ P.44

**P.43d. ¿Cuándo le han hecho la última citología vaginal?**

- Hace menos de 6 meses ..... 1
- Entre 6 meses y 1 año ..... 2
- Entre 1 y 3 años ..... 3
- Hace 3 o más años ..... 4
- NS/NC ..... 998/999

**P.43e. ¿Dónde le hicieron la última citología vaginal?**

- Servicio sanitario público ..... 1
- Servicio sanitario privado ..... 2
- No sabe/No contesta ..... 998/999

**(HOMBRES Y MUJERES DE 50 Y MÁS AÑOS. RESTO, PASAR A P.45)**

**P.44 ¿Se ha hecho alguna vez una prueba para detectar el cáncer de colon-recto?**

- Sí ..... 1
- No ..... 2 ⇒ P.45
- NC ..... 9 ⇒ P.45

**P.44a. ¿Qué tipo de prueba le han realizado?**

PRUEBA	SÍ	NO	NS	NC
Análisis de sangre	1	0	998	999
Sangre oculta en heces	1	0	998	999
Endoscopia(Colonoscopia/Sigmoidoscopia/Rectoscopia)	1	0	998	999
Otras	1	0	998	999

**P. 44b. ¿En qué año se hizo la última prueba?**

- Año: \_\_\_\_\_
- No sabe/no recuerda ..... 998
- No contesta ..... 999

**CUESTIONARIO VI EAS DE MAYORES DE 16 AÑOS**

**P.44c. ¿Quién le recomendó la realización de esta prueba?**

- Lo solicité yo mismo/a ..... 1
- Me lo sugirió mi médico de cabecera ..... 2
- Me lo sugirió otro médico especialista del SAS .... 3
- Me lo sugirió otro médico del servicio privado .... 4
- No sabe/no recuerda ..... 998
- No contesta ..... 999

**P.44d. ¿Dónde le hicieron esta última prueba?**

- Servicio sanitario público ..... 1
- Servicio sanitario privado ..... 2
- No sabe/No contesta ..... 998/999

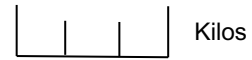
**A TODOS/AS: PROTECCION SOLAR**

**P.45c Una quemadura solar es cualquier enrojecimiento o molestia durante más de 12 horas provocada por el sol u otra fuente de rayos U.V., como cabinas o lámparas solares. ¿Ha sufrido usted alguna quemadura solar en el último año?**

- Sí, con ampollas ..... 1
- Sí, sin ampollas ..... 2
- No ..... 3
- NS/NC ..... 998/999

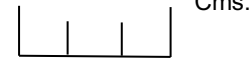
**PESO Y TALLA**

**P.46. ¿Podría decirme cuánto pesa, aproximadamente, sin zapatos ni ropa? (si está embarazada en la actualidad, debe indicar cuánto pesaba antes del inicio del embarazo)**



- No sabe ..... 998
- No contesta ..... 999

**P.47. ¿Y cuánto mide, aproximadamente, sin zapatos?**



- No sabe ..... 998
- No contesta ..... 999

**P.48. Y, en relación a su estatura, ¿diría usted que su peso es ...?**

- Bastante mayor de lo normal ..... 1
- Algo mayor de lo normal ..... 2
- Normal ..... 3
- Menor de lo normal ..... 4
- NS ..... 998
- NC ..... 999

**SÓLO SI EL ENTREVISTADO/A TIENE 65 AÑOS O MÁS. RESTO PASAR A P.57**

**P.54. Las preguntas que siguen se refieren a sus actividades cotidianas y cuidados personales**

**P.54.1. ¿Es usted capaz de hacer las tareas de la casa? (Entrevistador/a: nos referimos a si necesita ayuda en todas las labores de la casa?)**

- Sin ayuda (limpiar, fregar el suelo, etc.) ..... 0
- Con alguna ayuda (puede hacer las cosas menos laboriosas pero necesita ayuda para los trabajos pesados) .. 3
- No puede realizar las tareas domésticas en absoluto ..... 5

**P.54.2. ¿Es usted capaz de prepararse la comida?**

- Sin ayuda (planea y cocina comidas completas por sí mismo) ..... 0
- Con alguna ayuda (puede preparar algunas cosas pero es incapaz de preparar la comida) ..... 2
- No puede prepararse la comida en absoluto ..... 4

**P.54.3. ¿Es usted capaz de irse de compras?**

- Sin ayuda (se encarga personalmente de las compras necesarias) ..... 0
- Con alguna ayuda (necesita que alguien le acompañe en todas sus compras) ..... 2
- No puede hacer compras en absoluto ..... 4

**P.54.4. ¿Es usted capaz de manejar dinero (pagar facturas, contar dinero)?**

- Sin ayuda (pagar facturas, contar el cambio, etc.) ..... 0
- Con alguna ayuda (aunque puede arreglarse con el dinero en el bolsillo, necesita ayuda para pagar facturas o manejar cheques bancarios) ..... 2
- No puede manejar el dinero en absoluto ..... 4

**P.54.5. ¿Es usted capaz de usar el teléfono?**

- Sin ayuda (incluyendo buscar y marcar números) ..... 0
- Con alguna ayuda (puede contestar el teléfono y llamar a números de emergencia -112- o los números más habituales, pero necesita un teléfono especial o ayuda para buscar y marcar números) ..... 1
- No puede usar el teléfono en absoluto ..... 3

**P.54.6. ¿Es usted capaz de tomar su medicación?**

- Sin ayuda (las dosis correctas a la hora oportuna) ..... 0
- Con alguna ayuda (puede tomar su medicación si alguien se la prepara y/o se lo recuerda) ..... 2
- Es totalmente incapaz de tomar su medicación ..... 4

**P.54.15. ¿Es usted capaz de salir a caminar?**

- Unos 50 metros o más sin ayudas ..... 0
- Unos cuantos metros (menos de 50 metros) ..... 4
- Es totalmente incapaz de caminar por fuera de casa ..... 6

**P.54.18. ¿Es usted capaz de lavar la ropa?**

- Sin ayuda (lava por sí mismo/a toda su ropa) ..... 0
- Con alguna ayuda (lava por sí mismo/a pequeñas prendas) ..... 2
- No puede lavar (todo el lavado de la ropa debe ser realizado por otra persona) ..... 4

## CUESTIONARIO VI EAS DE MAYORES DE 16 AÑOS

### P.54.19. ¿Es usted capaz de usar medios de transporte?

- Sin ayuda (viaja solo/a en transporte público o conduce su propio coche) ..... 0
- Es capaz de coger un taxi pero no usa otro medio de transporte ..... 4
- Viaja en transporte público cuando va acompañado de otra persona ..... 6
- Utiliza el taxi o el autobús solo con ayuda de otros. ....
- No viaja en absoluto .....

### P.54.6.1 Si tiene dificultades, ¿quién le ayuda? SÓLO A QUIÉNES CONTESTARON CÓDIGO DISTINTO A "0" EN ALGUNAS DE LAS PREGUNTAS DE P.54.1. A P.54.6, P.54.15, P54.18 o P54.19 (AVDs INSTRUMENTALES)

- Nadie ..... 1
- Su pareja ..... 2
- Un familiar que vive con usted (ESPECIFICAR Nº PERSONA SEGÚN TABLA INICIAL: \_\_\_\_\_) ..... 3
- Un familiar que no vive con usted ..... 4
- Un amigo o alguien que no cobra por eso ..... 5
- Ayuda privada (pagada) ..... 6
- **Ayuda pública:**
  - Auxiliar de ayuda a domicilio de los servicios sociales ..... 7
  - Enfermera del centro de salud o ambulatorio ..... 8
  - Voluntariado ..... 9
  - Otro ..... 10

### P.54.7. ¿Es usted capaz de subir y bajar escaleras?

- Sin ayuda (se incluyen cualquier instrumento de ayuda para andar) ..... 0
- Con alguna ayuda ..... 2
- Es totalmente incapaz de subir y bajar escaleras ..... 5

### P.54.8. ¿Es usted capaz de usar el water (o el sillón con escupidera)?

- Sin ayuda (puede alcanzar la taza/sillón con escupidera, desvestirse lo necesario, limpiarse y salir) ..... 0
- Con alguna ayuda (puede hacer algunas cosas, incluido limpiarse) ..... 5
- No puede usar la taza/sillón de water ..... 8

### P.54.9. ¿Se le escapa la orina? (incontinencia urinaria)

- No ..... 0
- Pocas veces ..... 6
- A menudo o necesita ayuda con el catéter/sonda de orina ..... 8

### P.54.9.1. (CODIGO 6 o 8 EN P54.9) Si necesita sonda u otros dispositivos, ¿es capaz de utilizarlo?

- Si, por sí solo/a ..... 1
- Sí, con ayuda ..... 2
- Sí, por otro..... 3
- No utilizo sonda u otros dispositivos ..... 4
- No soy capaz de usarlo..... 5

### P.54.10. ¿Se le escapa la caca? (incontinencia fecal)

- No ..... 0
- Pocas veces (menos de una vez al día) ..... 6
- A menudo o necesita enemas ..... 9

### P.54.10.1(CODIGO 6 O 9 EN P54.10) ¿Si necesita enema o supositorio es capaz de administrárselo?

- Si, por sí solo/a ..... 1
- Sí, con ayuda ..... 2
- Sí, por otro..... 3
- No utilizo enema o supositorio ..... 4
- No soy capaz de usarlo..... 5

### P.54.11. ¿Es usted capaz de usar el baño o la ducha?

- Sin ayuda (puede entrar y salir de la bañera o ducharse sin ayuda o supervisión de nadie) ..... 0
- Necesita ayuda para bañarse o ducharse ..... 6

### P.54.12. ¿Es usted capaz de arreglarse (por ejemplo peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.)?

- Sin ayuda (si alguien le da las cosas si fuera necesario) ..... 0
- Con ayuda ..... 5

### P.54.13. ¿Es usted capaz de vestirse solo?

- Sin ayuda (incluido botones, cremalleras, cordones, etc.) ..... 0
- Con ayuda (puede hacerlo a medias sin ayuda) ..... 3
- No puede vestirse solo ..... 6

### P.54.14. ¿Es usted capaz de comer solo?

- Sin ayuda ..... 0
- Con algo de ayuda (para cortar los alimentos, untar la mantequilla, etc.) ..... 5
- No puede comer solo ..... 8

**CUESTIONARIO VI EAS DE MAYORES DE 16 AÑOS**

**P.54.16. ¿Es usted capaz de moverse por su casa?**

- Sin ayuda (con bastón o muletas si los usa) ..... 0
- Con alguna ayuda (bajo la supervisión de alguien no especializado) ..... 5
- En silla de ruedas sin ayuda (incluidas puertas y esquinas) ..... 4
- Necesita ayuda física para moverse ..... 7

**P.54.17. ¿Es usted capaz de moverse desde la cama hasta una silla que esté al lado de la misma?**

- Sin ayuda ..... 0
- Con alguna ayuda (de alguien que supervise para mayor seguridad) ..... 4
- Con mucha ayuda (de una persona fuerte o entrenada o dos no especializados para sentarse) ..... 6
- Es usted completamente incapaz (no mantiene el equilibrio sentado y necesita dos personas) ..... 7

**SÓLO A QUIÉNES CONTESTARON CÓDIGO DISTINTO A “0” EN ALGUNAS DE LAS PREGUNTAS DE P.54.7 A P.54.14 ó P.54.16 ó P.54.17 (AVDs BÁSICAS)**

**P.56. Si tiene dificultades, ¿quién le ayuda?**

- Nadie ..... 1
- Su pareja ..... 2
- Un familiar que vive con usted (ESPECIFICAR N° PERSONA SEGÚN TABLA INICIAL: \_\_\_\_\_) ..... 3
- Un familiar que no vive con usted ..... 4
- Un amigo o alguien que no cobra por eso ..... 5
- Ayuda privada (pagada) ..... 6
- **Ayuda pública:**
  - Auxiliar de ayuda a domicilio de los servicios sociales ..... 7
  - Enfermera del centro de salud o ambulatorio ..... 8
  - Voluntariado ..... 9
  - Otro ..... 10

**A TODOS/AS: APOYO AFECTIVO Y PERSONAL**

**P.57. En términos generales, ¿en qué medida se considera Ud. una persona feliz o infeliz? Por favor, use una escala de 0 a 10, en la que 0 significa que se considera "completamente infeliz" y 10 que se considera "completamente feliz".**

**Completamente Infeliz**

**Completamente feliz**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ns/Nc 998/999
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------------

**P.57a. En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elija para cada una la respuesta que mejor refleje su situación, según la escala de 5 a 1, en la que “5” significa “TANTO COMO DESEA”, “4” “casi como desea”, “3” “ni mucho ni poco”, “2” “menos de lo que desea” y “1” significa “MUCHO MENOS DE LO QUE DESEA” (Mostrar Tarjeta D)**

		Tanto como deseo	Casi como deseo	Ni mucho ni poco	Menos de lo que deseo	Mucho menos de lo que deseo
<b>P.57a.1.</b>	Recibo visitas de mis amigos y familiares .....	5	4	3	2	1
<b>P.57a.2.</b>	Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa .....	5	4	3	2	1
<b>P.57a.3.</b>	Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo .....	5	4	3	2	1
<b>P.57a.4.</b>	Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede .....	5	4	3	2	1
<b>P.57a.5.</b>	Recibo amor y afecto .....	5	4	3	2	1
<b>P.57a.6.</b>	Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo y/o en la casa .....	5	4	3	2	1
<b>P.57a.7.</b>	Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares .....	5	4	3	2	1
<b>P.57a.8.</b>	Tengo posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos ..	5	4	3	2	1
<b>P.57a.9.</b>	Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas .....	5	4	3	2	1
<b>P.57a.10.</b>	Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida .....	5	4	3	2	1
<b>P.57a.11.</b>	Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama .....	5	4	3	2	1



# CUESTIONARIO VI EAS DE MAYORES DE 16 AÑOS

## Bienestar emocional

**P.57b. A continuación, le voy a leer una lista de sentimientos o comportamientos que quizás haya tenido Vd. durante la última semana. Por favor, dígame con qué frecuencia, se ha sentido...**

1. En ningún momento o en casi ningún momento
2. En algún momento,
3. Buena parte del tiempo,
4. Todo o casi todo el tiempo
5. No sabe

**P.57b1. Deprimido/a**

**P.57b2. Feliz**

**P.57b3. Solo/a**

**P.57b4. Ha tenido la sensación de disfrutar de la vida**

**P.57b5. Rebosante de energía**

**P.57b6. Tranquilo/a y relajado/a**

**P.57c. Si toma también como referencia la última semana, dígame Ud. su grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes frases.**

1. Muy de acuerdo
2. De acuerdo
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4. En desacuerdo
5. Muy en desacuerdo
6. No sabe

**P.57c1. Me he sido optimista respecto a mi futuro**

**P.57c2. Por lo general me he sentido bien conmigo mismo**

**P.58. ¿Cuál fue su lugar de nacimiento?**

Andalucía .....	1	Indicar provincia: .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Indicar municipio: .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Resto de España .....	2	Indicar provincia: .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Año que llegó a Andalucía: _____		
Extranjero .....	3	Indicar País: .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Año que llegó a España: _____	Año que llegó a Andalucía: _____	

**P.59. ¿Cuál es su estado civil?**

- Casado/a ..... 1 ⇒ **P.60**
- Soltero/a ..... 2
- Separado/a ..... 3
- Divorciado/a ..... 4
- Viudo/a ..... 5
- NS/NC ..... 998/999

**P.59a. ¿Vive usted actualmente en pareja?**

- Sí ..... 1
- No ..... 2
- No contesta ..... 999

**CUESTIONARIO VI EAS DE MAYORES DE 16 AÑOS**

**P.60. ¿Cuál es el nivel más alto de estudios que usted ha finalizado?**

Entrevistador/a: no leer. Clasificar en función del literal contestado

- No sabe leer o escribir ..... 1
- No ha estudiado pero sabe leer y escribir ..... 2
- Estudios primarios (hasta 5º EGB, ingreso, educación primaria completa)..... 3
- EGB completa (8º) o similar (bachiller elemental) ... 4
- ESO completa (Educación Secundaria Obligatoria)..... 5
- Estudios de FP I (Grado medio) ..... 6
- Estudios de FP II (Grado superior)..... 7
- Estudios secundarios (BUP, B.Superior, Bachillerato) ..... 8
- Educación postsecundaria no superior. .... 9
- Títulos propios de universidades de duración igual o superior a 2 años....10
- Estudios universitarios de grado medio (Diplomados/as universitarios/as, títulos propios universitarios de Experto o especialista y similares, Grados universitarios de 240 créditos ECTS, Bolonia)..... 11
- Estudios universitarios de grado superior (Licenciados, másteres y especialidades en Ciencias de la Salud por el sistema de residencia y similares. Grados universitarios de más 240 créditos ECTS, Bolonia)..... 12
- Título de Doctorado.....13

**P.61. ¿Cuál es su situación laboral actual?**

- Trabaja ..... 1 ⇒ **P.63a**
- Está en el paro y ha trabajado antes ..... 2
- Busca primer empleo ..... 3
- Jubilado/a (trabajó anteriormente) ..... 4
- Trabajo doméstico no remunerado ..... 5
- Estudiante ..... 6
- Incapacidad/invalidez permanente ..... 7
- Otros ..... 8

→ ¿Cuántos meses en paro?

**P.62. ¿Percibe usted alguna pensión (pública o privada)?**

- Sí ..... 1 ⇒ ¿Cuál? .....
- No ..... 0
- NC ..... 999

**P.63. ¿Ha trabajado anteriormente?**

- Sí ..... 1 ⇒ **Pasar a P.63a**
- No ..... 2 ⇒ **Pasar a P.71**
- NS/NC ..... 998/999 ⇒ **Pasar a P.71**

(Entrevistador: como resultado de las preguntas anteriores, debe quedar clara la situación de la persona entrevistada):

- Trabaja o ha trabajado anteriormente (pasar a P.63a)
- No trabaja ni ha trabajado anteriormente (pasar a P.71)

**PARA LOS QUE TRABAJAN O HAN TRABAJADO**

**P.63a. ¿Cuál es o era la actividad principal de la empresa donde trabaja o trabajaba?**

.....

**P.63b. ¿Cuál es la ocupación que desempeña en la actualidad o la última que ha desempeñado?**

.....

**P.63c. ¿Cuál es la categoría profesional que tiene o tenía en la empresa donde trabaja o trabajaba?**

- Trabajador/a por cuenta propia, sin asalariados ..... 1
- Trabajador/a por cuenta propia, con 10 ó más asalariados ..... 2
- Trabajador/a por cuenta propia, con menos de 10 asalariados ..... 3
- Gerente de una empresa con 10 ó más asalariados ..... 4
- Gerente de una empresa con menos de 10 asalariados ..... 5
- Capataz, supervisor/a o encargado/a ..... 6
- Otro asalariado/a ..... 7

**SÓLO PARA LAS PERSONAS QUE TRABAJAN ACTUALMENTE. RESTO, PASAR A P.71**

**P.64. ¿Qué tipo de contrato tiene usted?**

- Trabaja por su cuenta o no es asalariado/a ..... 1
- Funcionario/a/estatutario/a ..... 2
- Contrato indefinido ..... 3
- Contrato temporal de menos de 6 meses ..... 4
- Contrato temporal de 6 meses a 1 año ..... 5
- Contrato temporal de 1 a 2 años ..... 6
- Contrato temporal de más de 2 años ..... 7
- Contrato temporal sin especificar duración ..... 8
- Sin contrato ..... 9
- Otra relación ..... 10
- NS/NC ..... 998/999

**P.64a. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en su actual empresa?**

años  meses

**P.64b. ¿Qué tipo de jornada tiene en su trabajo?**

- Jornada partida ..... 1
- Jornada continua de mañana ..... 2
- Jornada continua de tarde ..... 3
- Jornada continua nocturna ..... 4
- Turnos ..... 5
- Por horas ..... 6
- Otra posibilidad ..... 7
- NS/NC ..... 998/999

**CUESTIONARIO VI EAS DE MAYORES DE 16 AÑOS**

**P.64c. En total, ¿cuántas horas trabaja usted habitualmente a la semana?**

Horas    NC 999

**P.64d. ¿Cuánto tiempo tarda en todos sus desplazamientos para ir y volver de trabajar al día?**

horas     minutos

- Jornada muy variable, según los días .....99
- NC .....999

**P.64d1. ¿Cómo realiza habitualmente el trayecto desde su casa al lugar de trabajo o al centro de estudio? (Responda también si realiza estos trayectos acompañando a alguna persona por ejemplo niños/as escolarizados/as) (Si usa varios medios de transporte, señale los dos que cubren más distancia)**

- Andando ..... 1
- En bicicleta..... 2
- En vehículo particular (automóvil, moto) ..... 3
- En transporte público (autobús, metro, tren)..... 4
- En otros medios.....5

- No realiza estos trayectos ..... 6
- NC.....99

**P.64e. ¿Cuántas personas trabajan bajo su responsabilidad?**

- Ninguna ..... 1
- De 1 a 5 ..... 2
- De 6 a 9 ..... 3
- De 10 a 20 ..... 4
- Más de 20 ..... 5
- Ns/Nc ..... 998/999

**P.65. La empresa donde usted trabaja, ¿cuántos empleados/as tiene?**

- Ninguno ..... 1
- De 1 a 9 ..... 2
- De 10 a 49 ..... 3
- De 50 a 99 ..... 4
- De 100 a 499 ..... 5
- 500 ó más ..... 6
- No sabe ..... 998
- No contesta ..... 999

**P.66. Entre las tareas que realiza en su trabajo, ¿en qué medida está usted expuesto/a a ...?**

	Siempre	Muchas veces	Algunas veces	Nunca	NS/NC
▪ Ruido tan alto que tiene que levantar la voz para hablar con otra gente .....	1	2	3	4	998/999
▪ Altas/Bajas temperaturas .....	1	2	3	4	998/999
▪ Respirar vapores, humos, polvo, o sustancias peligrosas como químicos, material infeccioso, etc./ Manejar o tocar sustancias o productos peligrosos/ Radiaciones como rayos X, soldadura, rayos láser .....	1	2	3	4	998/999
▪ Posiciones dolorosas / fatigantes .....	1	2	3	4	998/999
▪ Tareas repetitivas de menos de 10 minutos/ Movimientos repetitivos de manos o brazos.....	1	2	3	4	998/999
▪ Manipular cargas pesadas (más de 15 kg) .....	1	2	3	4	998/999
▪ Trabajos al aire libre .....	1	2	3	4	998/999

**P.67. Elija una sola respuesta de la siguiente escala (leer) para cada una de las siguientes preguntas que le voy a leer:**

	Siempre	Muchas veces	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
1. ¿Tiene usted que trabajar muy rápido? .....	1	2	3	4	9
2. ¿La distribución de tareas es irregular y provoca que se le acumule el trabajo? .....	1	2	3	4	9
3. ¿Tiene usted tiempo de llevar al día su trabajo? .....	1	2	3	4	9
4. ¿Le cuesta olvidar los problemas del trabajo? .....	1	2	3	4	9
5. ¿Su trabajo, en general, es desgastador emocionalmente? .....	1	2	3	4	9
6. ¿Su trabajo requiere que esconda sus emociones? .....	1	2	3	4	9
7. ¿Tiene influencia sobre la cantidad de trabajo que se le asigna? .....	1	2	3	4	9
8. ¿Se tiene en cuenta su opinión cuando se le asignan tareas? .....	1	2	3	4	9

**P.68. ¿Piensa usted que su trabajo afecta negativamente a su salud?**

- Sí ..... 1 ⇒ **P.69**
- No ..... 2 ⇒ **P.70**
- NC ..... 999 ⇒ **P.70**

**P.69. ¿De qué forma afecta su trabajo a su salud?**

	Sí	No
▪ Tiene dolores de espalda .....	1	0
▪ Se siente nervioso y estresado .....	1	0
▪ Se siente agotado a todas horas .....	1	0
▪ Tiene dolores musculares .....	1	0
▪ Tiene dolores de cabeza .....	1	0
▪ Tiene problemas de sueño .....	1	0
▪ Otro problema, ¿cuál? .....	1	0

# CUESTIONARIO VI EAS DE MAYORES DE 16 AÑOS

**P.70.** En los últimos 12 meses, ¿cuántos días ha estado ausente de su trabajo debido a problemas de salud?

Días NS/NC.....998/999

**P.70a.** (si en p70>=1) ¿Esos problemas de salud fueron causados por su trabajo?

- Sí, totalmente ..... 1
- Sí, parcialmente ..... 2
- No ..... 3
- No sabe ..... 998

- No contesta ..... 999

**P.70b.** En general, ¿cómo se adapta su horario a sus compromisos sociales y familiares fuera del trabajo?

- Muy bien ..... 1
- Bastante bien ..... 2
- No muy bien ..... 3
- Nada bien ..... 4
- No sabe ..... 998
- No contesta ..... 999

**P.70c.** ¿Con qué frecuencia le ha sucedido algo de lo siguiente en los últimos 12 meses?

	A diario	Varias veces a la semana	Varias veces al mes	Varias veces al año	Con menos frecuencia/raramente	Nunca/casi nunca	Ns/Nc
Vuelvo a casa demasiado cansado como para hacer las tareas domésticas necesarias	1	2	3	4	5	6	998/999
Me ha sido difícil cumplir con las obligaciones familiares debido al tiempo que paso en el trabajo	1	2	3	4	5	6	998/999
Me ha resultado difícil concentrarme en mi trabajo debido a mis responsabilidades familiares	1	2	3	4	5	6	998/999

**P.70d.** Asumiendo que su capacidad laboral en su mejor estado de salud tuviera un valor de 10 puntos, ¿cuántos puntos daría a su capacidad laboral actual? 0 (totalmente incapacitado)...10 (muy buena capacidad laboral)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ns/Nc 998/999
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------------

**A TODOS/AS: INGRESOS ECONOMICOS DEL HOGAR**

**P.71** ¿Con los ingresos de su hogar, cómo suele llegar usted, o en su caso, usted y su familia, en la actualidad a fin de mes?

- Con mucha dificultad ..... 1
- Con dificultad ..... 2
- Con cierta/alguna dificultad ..... 3
- Con cierta/alguna facilidad ..... 4
- Con facilidad ..... 5
- Con mucha facilidad ..... 6
- NC..... 999

**ENTREVISTADOR/A: Las siguientes preguntas son sobre la persona que aporta mayores ingresos al hogar y convive con la persona entrevistada**

**P.77.** De todas las personas con quien convive, ¿quién es la persona que aporta más ingresos al hogar?

La persona entrevistada ..... 1 ⇨ Siguiente Bloque (P.71)  
Otra ..... 2

**SITUACIÓN LABORAL de la persona que aporta mayor número de ingresos al hogar.**

**P.78.** ¿Trabaja actualmente?

- Sí 1
- No 2 → PASAR A P.42.

**P.78a.** ¿Ha trabajado anteriormente?

- Sí 1

No 2. → PASAR A P.45

**(SOLO SI TRABAJAN O HAN TRABAJADO ANTES. RESTO PASAR A L.15)**

**P.78b.** ¿Cuál es la ocupación que desempeña en la actualidad o la última que ha desempeñado la persona que aporta más ingresos al hogar?

(Entrevistador/a: Apuntar con el mayor nivel de detalle posible) (trabajan o han trabajado antes)

\_\_\_\_\_

CNO 2011

**P.78c.** ¿Cuál es la categoría profesional que tiene o tenía en la empresa donde trabaja o trabajaba su la persona que aporta más ingresos al hogar?

## CUESTIONARIO VI EAS DE MAYORES DE 16 AÑOS

### TRABAJADOR O EMPRESARIO POR CUENTA PROPIA

Sin asalariados.....	1
Con 10 o más asalariados.....	2
Con menos de 10 asalariados.....	3

### TRABAJADOR POR CUENTA AJENA

Gerente de una empresa con 10 o más asalariados .	4
Gerente de una empresa con menos de 10 asalariados .....	5
Capataz, supervisor o encargado .....	6
Otro asalariado.....	7

**P.78d. Y, en los últimos 12 meses, ¿ha tenido en su hogar algún retraso en el pago de recibos como la hipoteca, el alquiler, o suministros como la luz, el agua, impuestos, etc.? (Respuesta múltiple SÍ / NO).**

1. Hipoteca
2. Alquiler
3. Cuotas de compras aplazadas
4. Cuotas de seguros
5. Impuestos (IBI, los relacionados con vehículos, etc.)
6. Pagos de recibos de agua, gas, calefacción, electricidad, comunidad
7. Tasa de autónomo
8. Pago de colegios
9. Actividades extraescolares
10. Otros
11. Ninguna

**P.78c ¿Se ha resuelto? Filtro si en p51=si**

1. Sí
2. No

## Bloque autocumplimentado

### Preguntas sobre violencia de otras personas diferentes a la pareja

**P79.** En los últimos dos años (24 meses), ¿ha sufrido algún tipo de agresión (física, emocional o sexual)?

- No 0 → P80  
Sí, por mi pareja/expareja → 1  
Sí, por algún familiar → 2  
Sí, por otra persona conocida → 3  
Sí, por otra persona desconocida → 4  
NC →999

### ¿Cómo fue la cooperación de la persona entrevistada?

- Excelente 1
- Buena 2
- Regular 3
- Mala 4

### ¿Su nivel de comprensión general del cuestionario?

- Excelente 1
- Buena 2
- Regular 3
- Mala 4

**P21.d Se incluye en OLA1 y OLA2  
P41.c a 41.e Se incluyen en OLA2 y OLA3  
P66 y 67 Se incluyen en OLA2 y OLA4**

**En la medida de lo posible, se mantiene la codificación de la V EAS, de ahí que pueda haber saltos de códigos en algunas preguntas**